	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_00000442
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.0
<b>Technique clinique relative à la pose du cathéter de dialyse péritonéale (DP) chez l'adulte</b>		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 19/04/2022

## 1. Résumé

La pose de cathéter de dialyse péritonéale est un geste chirurgical. Cet accès permet de faire une thérapie d'épuration extra-rénale, grâce à un dialysat qui est introduit dans la cavité péritonéale.

Le traitement débute habituellement 14 jours plus tard.

## 2. Cadre de référence

- Règles d'asepsie et d'hygiène hospitalière en vigueur dans l'institution SPCI. <https://vigigerme.hug.ch/principes-dhygiene-et-dasepsie>

## 3. Définitions (objet et contexte)

Insertion par voie chirurgicale (laparoscopie ou laparotomie) d'un tube en silicone entre les 2 feuillets de la membrane péritonéale, dans le cul de sac de Douglas.

Le succès de la thérapie de dialyse péritonéale est tributaire d'un cathéter bien positionné et fonctionnel.

L'orifice de sortie du cathéter se trouve dans la majorité des cas au niveau abdominal, dans de rares cas en pré-sternal (obésité, stomie...).

## 4. Indications

Thérapie de dialyse péritonéale

## 5. Contre-indications

a. Absolues :

- Dérivation ventriculo-péritonéale.

b. Relatives à discuter avec le chirurgien :

- Antécédents de chirurgie abdominale majeure (mais possibilités d'adhésiolyse).
- Obésité morbide IMC > 45 kg/m<sup>2</sup>
- Hernies volumineuses non opérables de la paroi abdominale.
- Maladie intestinale inflammatoire active (ex : maladie de Cröhn...)
- Stomies (mais possibilité d'utiliser un cathéter pré-sternal)

## 6. Précautions / prévention

L'hygiène corporelle avant et après le geste opératoire est essentielle. L'asepsie lors des manipulations du cathéter est primordiale dans la prévention des péritonites.

Les infections ainsi que les problèmes mécaniques sont les complications les plus fréquentes pouvant compromettre la survie de la technique de DP.

## 7. Matériel

- Les cathéters en silicone, radio-opaques et équipés de 2 manchons en Dacron (polyester), sont préconisés.
- L'intérêt des 2 manchons en dacron est l'ancrage du cathéter dans les tissus sous-cutanés et viscéraux, et la protection bactérienne.
- La bande blanche radio-opaque permet la visualisation radiographique.

### Deux choix de cathéters :

- **Cathéter avec une courbure en arc préformé<sup>1</sup>** (dit en col de cygne ou Swan neck) **droit & gauche à disposition** : le plus fréquemment utilisé dans notre institution
- **Cathéter avec une extrémité droite<sup>2</sup>** : 2 longueurs différentes à disposition selon taille et/ou périmètre abdominal du patient.

1



Photo HUG-pagi-déc.2020

2

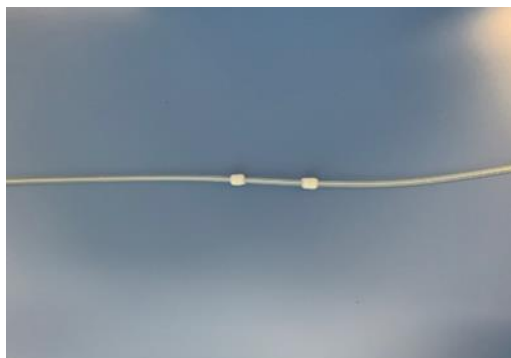


Photo HUG-pagi-déc.2020

## 8. Déroulement

### **a) Consultation initiale par les infirmiers (ières) de DP 10 j avant**

1. Dépistage MSSA/MRSA : Frottis nez, pli inguinal et abdomen.
2. Organiser la collecte des urines de 24 h, programmer le bilan sanguin (cf. ci-dessous).
3. Définir le néphrologue référent.
4. Fixer le RDV pré-opératoire.

## **b) Consultation pré-opératoire en présence du néphrologue**

1. Bilan sanguin : Na, K, urée, créatinine, CO2 total, Ca, phosphate et glucose, Hb, Plaquettes, Quick & PTT (ordre de service).
2. Bilan urinaire (urines de 24 h) : volume, Na, urée, créatinine, protéines.
3. Vérifier les résultats des frottis : si positif [protocole de décolonisation](#) sur prescription médicale
4. L'arrêt du traitement anticoagulant/antiagrégant (aspirine 10 jrs avant l'opération) se discute au cas par cas.
5. Prescription sur l'ordonnance :
  - Prontolax 2 cp l'avant-veille et la veille si nécessaire.
  - Klean-Prep® 1 litre si constipation rebelle
  - Savon bétadiné pour douche à J-2 & J-1 (insister sur les plis inguinaux & ombilic).
6. Marquage de l'orifice de sortie du cathéter de DP, par le néphrologue.
7. Détermination du type de cathéter (en col de cygne ou droit) et de la pièce intermédiaire (BAXTER ou FRÉSENIUS).

## **c) Le jour opératoire dans l'unité d'hospitalisation**

1. Le patient doit être à jeun depuis minuit.
2. Bilan sanguin : chimie, crase, plaquettes, si pas prélevé la veille.
3. 1 g de Vancomycine ® en IV sur **2h00** à administrer 1 h 00 **AVANT** le passage au bloc opératoire (si allergie à la Vancomycine ® : remplacer par Kefzol ® 1 g).
4. **Le patient doit descendre au bloc la vessie vide.**
5. **FOURNIR LE CATHETER DE DP CHOISI POUR ALLER AU BLOC AVEC LE PATIENT.**

En cas de besoin joindre le service de DP : **29772 ou 33350**  
[dialyse.péritonéale@hcuge.ch](mailto:dialyse.péritonéale@hcuge.ch)

**Garde de néphrologie** : Médecin : 34215 – Infirmier : 33713

## **d) En post-opératoire dans l'unité d'hospitalisation**

1. Appeler le service infirmier de DP pour la pose de la pièce intermédiaire et la programmation des 1ers rinçages. (1<sup>er</sup> rinçage à J3 de 300 ml).
2. **PAS DE REFECTION de pansement avant J5**, les 1ers pansements sont faits stérilement **par l'équipe de DP** (si urgence : ex. Hémorragie, souillures appeler l'équipe de DP).
3. Une photo initiale de l'orifice est mise sur DPI.
4. S'assurer que la radiographie de l'abdomen Face & Profil debout soit faite avant le 1<sup>er</sup> rinçage.

## 9. Contrôle et surveillance par l'équipe infirmière de DP

- Vérifier que le pansement soit hermétique, afin d'éviter tout risque d'infection de l'orifice de sortie du cathéter.
- Ablation des fils selon prescription du chirurgien (+/- J14).
- Aucune traction ne doit être exercée sur le cathéter (enlever la potence, pas de port de charges lourdes) pour permettre une bonne cicatrisation.
- Surveillance active du transit et laxatifs au besoin.

## 10. Education du patient

- Hygiène corporelle pré et post-opératoire, bain interdit, **douche (sans pansement) autorisée après le 1<sup>er</sup> mois post-opératoire** (complète cicatrisation).
- Pas d'exercice physique sollicitant la ceinture abdominale durant les 2 premiers mois.

## 11. Références

Dratwa M, Verger C. Créer et maintenir un accès péritonéal optimal chez les patients adultes : mise à jour 2019. Bull Dial Domic [Internet]. 2019Jun.16 [consulté le 12.04.22];2(2):93-116. Disponible sur : <https://bdd.rdpf.org/index.php/bdd/article/view/20503>

Laperrousaz, S., Drepper, V., J. (2016). 'Tour d'horizon de la dialyse péritonéale', *Rev Med Suisse* 2016; volume 2. no. 507, 408 - 412

## 12. Auteurs

Créé en septembre 2013 par : Mme GOMBERT-JUPILLE

Réactualisé le 15 mars 2022 par :

Valérie JOTTERAND-DREPPER – Médecin associé, D-MED  
Magali LACROIX. – Infirmière spécialisée, D-MED  
Pascale LEFUEL – Infirmière spécialiste clinique, DS  
Catherine STOERMANN-CHOPARD – Médecin Adjointe, D-MED

## 13. Relecture et validation

Cyrielle ALVES – Médecin associée, D-MED  
Nathalie BOCHATON – Infirmière spécialiste clinique, DS  
Brigitte CASSAGNES – Infirmière, D-MED

*Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.*

*Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.*